

*Протасевич П.В., Соколов К.М.,
Гетманов Д.М., Заяц Г.В., Лобан Д.Е.,
Кисиль С.П., Новиков Д.О., Арбузов С.В.*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭМБОЛОГЕННЫХ ТРОМБОЗОВ В СИСТЕМЕ НИЖНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ

*Могилевская областная больница,
г. Могилев, Республика Беларусь*

Актуальность. Тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей представляет собой тяжелую патологию, угрожающую развитием потенциально фатального осложнения — тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). Несмотря на то, что современная антикоагулянтная терапия позволяет добиться удовлетворительных результатов лечения этой патологии, снижая частоту ТЭЛА до 12% и летальность до 1-3%, в ряде случаев ТГВ продолжает представлять собой серьезную угрозу развития легочной эмболии, что требует от врача активных действий по ее профилактике. В настоящее время в таких ситуациях может применяться не только консервативная терапия, но и хирургические методы лечения.

Цель. Анализ результатов применения методики хирургического и консервативного лечения эмбологенных ТГВ в системе нижней полой вены (НПВ) в отделении сосудистой хирургии Могилевской областной больницы в 2011-2014 гг.

Материал и методы. На протяжении 2011-2014 гг. в отделении сосудистой хирургии Могилевской областной больницы было пролечено 65 пациентов с флотирующими тромбами в системе НПВ. В 46 случаях флотирующий сегмент тромба находился в общей бедренной и/или подвздошной вене, в 17 случаях — в поверхностной бедренной или подколенной вене, в 2 случаях — в нижней полой вене. Возраст пациентов составил 52,1 года (от 27 до 69 лет). Среди пациентов было 34 мужчины и 31 женщина. В качестве основных критериев выбора тактики лечения рассматривались длина флотирующего сегмента тромба и наличие в анамнезе эпизодов клинически значимой ТЭЛА. При длине флотирующего тромба менее 2 см всем пациентам проводилась консервативная терапия. В случае наличия флотирующего тромба длиной 4 см и более выполнялись хирургические вмешательства. При выявлении на УЗИ флотирующего сегмента тромба длиной от 2 до 4 см хирургический метод лечения применялся при наличии в анамнезе ранее перенесенных эпизодов клинически значимой ТЭЛА.

Результаты и обсуждение. «Стандартное» консервативное лечение — постельный режим до момента фиксации флотирующего сегмента тромба (не менее 10 суток), низкомолекулярные гепарины в лечебных дозах, дезагреганты, флеботоники, нестероидные противовоспалительные препараты — было применено у 37 пациентов. Каждые 5-7 суток выполнялось контрольное УЗИ вен. После прекращения флотации верхушки тромба начиналась активизация пациента и перевод последнего на прием пероральных антикоагулянтов (варфарин).

Хирургические вмешательства были выполне-

ны 28 пациентам. В 5 случаях они выполнялись пациентам, ранее перенесшим эпизод массивной ТЭЛА. 14 пациентам был имплантирован кавалевский фильтр (в 9 случаях постоянный, в 5 — съемный), в 14 случаях произведены «открытые» хирургические вмешательства. У 9 пациентов была выполнена тромбэктомия из бедренной и/или подвздошной вены (в 1 случае дополненная пликацией поверхностной бедренной вены), в 1 случае — тромбэктомия из НПВ. Изолированная пликация подвздошных вен выполнялась у 2 пациентов, в 2 случаях была выполнена перевязка поверхностной бедренной вены.

Среди пациентов, получавших консервативное лечение, не было отмечено случаев летальных исходов и клинически значимой ТЭЛА. К 14 суткам консервативного лечения во всех случаях была отмечена фиксация флотирующей части тромба. В группе оперированных пациентов отмечено 2 летальных исхода (после выполнения тромбэктомии из НПВ и имплантации кавалевского фильтра). В обоих случаях хирургические вмешательства выполнялись пациентам, перенесшим массивную ТЭЛА, находившимся в тяжелом состоянии с флотирующими тромбами длиной 6,5 и 9 см на узком основании. Причиной смерти в обоих случаях явилась прогрессирующая полиорганная дисфункция. Случаев ТЭЛА после выполнения хирургических вмешательств зарегистрировано не было.

Таким образом, избранная тактика лечения позволила добиться хороших результатов лечения пациентов с эмбологенными ТГВ. Предлагаемый алгоритм позволяет выделить группу пациентов, требующих выполнения экстренных оперативных вмешательств и избежать «ненужных» операций у пациентов группы «низкого» риска венозных тромбоэмболических осложнений.

Выводы. 1. Лечение эмбологенных венозных тромбозов требует в ряде случаев применения не только консервативной терапии, но и хирургических вмешательств. 2. Основными факторами, определяющими тактику лечения эмбологенных ТГВ, являются длина флотирующего сегмента тромба и наличие в анамнезе ранее перенесенных эпизодов ТЭЛА. 3. Требуется дальнейшее изучение как непосредственных, так и отдаленных результатов лечения эмбологенных тромбозов в системе НПВ для выработки оптимальной тактики их лечения.

Рагимов З.Р., Эюбов Ф.А., Ягубов Э.Г.

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗА ГЛУБОКИХ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРЕЛОМАМИ БЕДРА И ГОЛЕНИ ПРИ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЕ

*Азербайджанский
медицинский университет,
г. Баку, Азербайджанская Республика*

Актуальность. В настоящее время частота

возникновения тромбоза глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей у пострадавших с сочетанной травмой колеблется от 55 до 90%, причем в большинстве случаев при переломах костей голени ТГВ протекает бессимптомно.

Цель. Уточнение ранних клинических признаков посттравматического ТГВ при переломах костей бедра и голени при сочетанной травме, разработка дополнительных методов диагностики, профилактики и комплексного лечения костнососудистых повреждений дистальных отделов нижней конечности.

Материал и методы. В период с 2012 года у 132 пострадавших с сочетанной травмой для профилактики ТГВ нижних конечностей при переломах костей голени нами назначались низкомолекулярные гепарины (фраксипарин 0.1/10кг 2 раза в сутки или клексан 1мг/кг 2 раза) и антиагреганты (трентал, препараты никотиновой кислоты, реополиглюкин). Проводилась диагностика и контроль эффективности профилактики тромбоэмболических осложнений при помощи ультразвукового ангиосканирования. Первое ультразвуковое ангиосканирование проводили не позднее, чем на 3-сутки после стабилизации общего состояния пациента, при отсутствии активного кровотечения или угрозы его развития и далее повторяли еженедельно до выписки пациента из стационара. Вышеуказанные профилактические мероприятия осуществляли всем пострадавшим.

Результаты и обсуждение. Из 132 пациентов с переломами костей бедра и голени у 79 осуществляли консервативные методы лечения, а 53 пострадавшим проводили оперативное лечение переломов. В послеоперационном периоде продолжали антикоагулянтную терапию, которую отменяли при наличии активного движения пациента в вертикальном положении, отсутствии признаков ТГВ нижних конечностей при ультразвуковом исследовании. У 98% пострадавших при еженедельном ультразвуковом ангиосканировании тромбоза вен нижних конечностей не выявлено. У пострадавших в послеоперационном периоде кровотечений отмечено не было.

Выводы. Следует отметить, что ранняя диагностика и своевременная профилактика ТГВ у пациентов с переломами костей бедра и голени позволяют снизить частоту гемодинамических расстройств в ближайшие и отдаленные сроки после лечения сочетанной травмы нижних конечностей, а также предупредить летальность от тромбоэмболических осложнений. Наша тактика лечения явилась эффективным и простым вариантом для профилактики венозных тромбоэмболических осложнений у пострадавших с сочетанной травмой.

Русин В.И., Корсак В.В., Болдижар П.А.

ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТА В БАССЕЙНЕ МАЛОЙ ПОДКОЖНОЙ ВЕНЫ

*Ужгородский национальный университет,
г. Ужгород, Украина*

Актуальность. Лечение острого варикотромбофлебита (ОВТФ) в бассейне малой подкожной вены (МПВ) разработано недостаточно. Это обусловлено относительной редкостью патологии и вариабельностью анатомических вариантов венозной системы в области подколенной ямки. Как правило, показанием к срочной операции при ОВТФ МПВ является локализация процесса в верхней трети голени.

Острый варикотромбофлебит МПВ приводит к тромбозу глубоких вен в 65,6% случаев, что связано со следующими обстоятельствами: ствол МПВ в сравнении с большой подкожной веной (БПВ) значительно меньшей длины, чем объясняется достаточно быстрое распространение тромбофлебита к сафено-подколенному соустью (СПС); большая анатомическая вариабельность, как места впадения устья МПВ, так и притоков, впадающих в нее, а также подколенную и суральные вены; высокая функциональная подвижность всех структур подколенной ямки и выраженность гемодинамических изменений (рефлюксов) при сгибании в коленном суставе, что увеличивает возможность отрыва флотирующих тромбов; сафено-подколенные тромбозы чаще имеют неокклюзивный, флотирующий характер; тромбофлебит не имеет манифестирующих клинических признаков, в связи с тем, что ствол МПВ расположен под фасцией в канале Пирогова, и большинство пациентов поздно обращаются с явлениями варикотромбофлебита в подколенной ямке в области СПС; удаление малой подкожной вены при выраженном паравазальном инфильтрате более травматичное и угрожает повреждением нервных стволов; тромбоз соустья необходимо дифференцировать с тромбозом перфорантных вен подколенной ямки и тромбозом дополнительной МПВ; возможность сообщения ствола МПВ с тромбозом суральных вен через икроножные перфоранты на венозные суральные синусы, в малоберцовые вены, через камбаловидный синус в глубокую вену голени; суральные вены могут впадать в ствол МПВ в подколенной ямке, и при их тромбозе процесс может перейти на СПС, при этом ствол МПВ остается интактным; сложности одновременно хирургического лечения ОВТФ МПВ и БПВ: необходимость поворачивать пациента на живот; неквалифицированные манипуляции на МПВ существенно увеличивают риск развития тромбозов глубоких вен; в подколенной ямке встречается несколько венозных рефлюксов, и в большинстве случаев они взаимосвязаны. Выявить и оценить их представляется возможным только при проведении цветного дуплексного сканиро-